

國立東華大學專任人員

【勞保、健保】加保、退保、續保、調薪申請書

請勾選類別	<input type="checkbox"/> 加保(計畫專任助理請檢附聘任處理單影本) <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保, 請務必檢附新的聘任處理單影本 <input type="checkbox"/> 調薪, 請主動提前告知檢付聘任處理單影本 <input type="checkbox"/> 復保(回國) <input type="checkbox"/> 停保(出國、失蹤滿6個月)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 眷屬	<input type="checkbox"/> 勞保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 請領健保 IC 卡(外籍新聘) <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 請領健保 IC 卡(新生兒、外籍眷屬)		
姓名 (被保險人)		性別	出生日期 民國 年 月 日		
身份證統一編號 或居留証號碼		是否持身障手冊	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 有(請檢附身障手冊影本)		
		具原住民身分	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是, 族別 _____		
戶籍住址					
聯絡電話 (行動電話)		Email			
每月薪資金額		本校計畫編號			
服務單位		職稱	加續保日期 民國 年 月 日		
計畫助理薪資由各單位自行造冊扣款, 請填寫下列資料 製表人: _____ 校內分機/手機: _____ Email: _____		退保日期 離職退保 ※重要 (必填)	民國 年 月 日 請確認在本校有無加保 其他計畫或改聘 <input type="checkbox"/> 無。 <input type="checkbox"/> 有, 計畫編號 _____		
健保眷屬姓名	身份證統一編號 或居留証號碼	出生日期	稱謂	加退保日期	請勾選是否持殘障手冊
				<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 復保 _____年 月 日 復保請填護照號碼 _____ <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 停保 _____年 月 日	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(請檢附殘障手冊影本)
				<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 復保 _____年 月 日 復保請填護照號碼 _____ <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 停保 _____年 月 日	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(請檢附殘障手冊影本)
說明	一、應檢附文件：身份證影本及聘任人員處理單影本或合約書。 二、外籍人士：請檢附居留證(大陸人士請附出入境許可證)、工作許可函(依親者、大陸人士免附, 永久居留者請附就業服務法 51 條外國人工作許可證)、護照(含入境戳章及簽證頁)、科技部函、合約書、本校聘書等影本。 三、如有眷屬要隨同被保險人轉入健保, 請檢附相關身份證明文件影本; 外籍眷屬請檢附居留證、護照(含入境戳章及簽證頁)等影本。				
加退保注意事項	一、 新聘人員保險生效日期以加保申請書及聘任處理單影本, 送達人事室辦妥加保手續為生效日期。 未依規定辦理致使個人權利受損者, 一切責任由申請人自行負責。 二、聘僱期限屆滿辦理續聘時, 請於期限屆滿前補送聘任處理單影本及續保申請書, 送人事室辦理續保事宜, 未配合辦理以至未加保者, 一切責任由申請人自行負責。 三、聘僱人員聘期中薪資調整請主動提前告知, 檢付聘任處理單影本及調薪申請書, 送人事室辦理於執行申報日期之次月一日生效。未依規定辦理造成相關權利之損失, 一切責任由申請人自行負責。 ※四、各單位研究計畫聘僱人員, 聘僱期間中途離職、或聘僱期間屆滿不再辦理續聘者, 應於離職前填妥退保申請單, 親自至人事室辦理退保手續, 並請結清保費, 退保手續才算完成, 若未於離職前辦妥退保, 則因逾期退保衍生之一切費用(含個人及雇主負擔金額)由個人全額負擔, 單位主管或計畫主持人負連帶責任。保險效力之停止自列表送交勞保局之日翌日上午零時起算。				
申請人簽章: _____	填表日期 _____年____月____日				
單位主管或計畫主持人簽章: _____	填表日期 _____年____月____日				